

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 14

POLYMORPHISME CLINIQUE

de la

SYPHILIS IRIENNE

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Laurent MARCHETTI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Janvier 1903 à Avignon (Vaucluse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

POLYMORPHISME CLINIQUE DE LA SYPHILIS IRIENNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 14

POLYMORPHISME CLINIQUE

de la

SYPHILIS IRIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Laurent MARCHETTI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 8 Janvier 1903 à Avignon (Vaucluse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président; BONNET, assesseur
SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ces pages. C'est un bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma tendresse infinies.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MON AMI G. PROST

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
*Professeur de Clinique ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur.*

Nous lui devons le sujet de ce travail. Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé à sa clinique.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Introduction

Au cours de l'année qui s'achève, nous avons eu l'occasion d'observer à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un malade atteint d'une affection oculaire bilatérale, relevant d'une syphilis contractée en mai 1926 : il s'agissait d'une localisation irienne du tréponème.

Le cas était intéressant : il montrait une fois de plus la relation étroite existant entre la spécialité qu'est l'ophtalmologie et la pathologie générale, et il nous offrait la possibilité d'étudier sur le même malade, deux modalités cliniques de la Syphilis irienne : la forme de début, celle qu'il faut diagnostiquer, si l'on veut éviter l'autre forme, très grave, mais rare il est vrai, que le malade présentait à l'œil droit.

Beaucoup de choses ont été écrites sur la Syphilis oculaire et, plus particulièrement, sur la Syphilis de l'iris, depuis le début du XIX^{me} siècle, et nous ne prétendons pas, dans cette modeste étude, apporter quelque élément nouveau sur cette question. A l'aide des observations de nos devanciers et de celle que nous avons recueillie nous-même, nous avons essayé de

donner un aperçu général des formes cliniques de la Syphilis de l'iris. M. le Professeur Rollet a bien voulu nous confier ce travail pour lequel il ne nous a ménagé ni son aide, ni ses conseils. Nous le prions de croire à notre vive reconnaissance et à notre très respectueux attachement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est au début du xix^me siècle, que Beer et Schmidt décrivent, les premiers, l'iritis syphilitique (1801); ils observent également les gommés de l'iris, qu'ils désignent sous le nom de *condylomes*.

En 1829, Nichet, de Lyon, rapporte un cas d'iritis syphilitique, dans lequel il a constaté une masse puriforme remplissant la chambre antérieure de l'œil, et qui a disparu sous l'influence du traitement spécifique.

L'existence des épanchements sanguins, au cours de l'iritis syphilitique, est signalée par Lawrence (1830), Desmarres (1840), Carron du Villards (1847).

Plusieurs auteurs de l'époque signalent des lésions iriennes ayant les caractères de gommés, mais ils n'en soupçonnent pas la véritable nature.

Ce n'est qu'en 1860 que Virchow, à la suite d'un examen anatomo-pathologique, reconnaît la nature

gommeuse des nodules iriens, et cette découverte établit un lien plus étroit entre les affections oculaires et les maladies générales.

Dès lors, les observations se multiplient: de Graefe et Colberg en 1861, Von Hippel en 1867, Stellwag en 1870, Schmidt en 1872, Alt en 1877, Nitot en 1880, Widder en 1881, Schœfer en 1883, Fuchs en 1844, de Wecker et Pers en 1887, Dehenne, Armaignac, Benoît, Despagnet, Hanke, Oliver sont les principaux noms et les principales dates de l'histoire de la Syphilis irienne au siècle dernier.

En 1901, Lagrange, dans son *Traité des tumeurs de l'œil*, donne, pour la première fois peut-être, une description détaillée de la gomme irienne. Fromaget, Thomson, Tournadour apportent de nouvelles observations.

Enfin, au cours des vingt dernières années, un certain nombre de cas particulièrement intéressants ont été observés à la Clinique Ophtalmologique de Lyon.

En 1904, M. le Professeur Rollet décrit une nouvelle forme de l'affection qui nous occupe, forme dont il montre la nature véritable et qu'il désigne sous le nom d'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon. En 1908, il établit définitivement les 3 modalités cliniques de la Syphilis gommeuse de l'iris : a) *gomme circonscrite* ; b) *le pseudo-hypopyon gommeux* ; c) *l'infiltration syphilitique diffuse*.

CHAPITRE II

Etiologie et Considérations générales

La cause efficiente de l'affection est évidemment le *treponema pallidum* de Schaùdinn, qui, après avoir envahi le sang, est transporté par celui-ci dans tout l'organisme et, en particulier, dans le tractus uvéal. Dans la majorité des cas, le malade sait qu'il est syphilitique et il est reconnu comme tel par le médecin, soit à l'examen clinique, soit à l'aide des examens de laboratoire.

Dans d'autres cas, assez nombreux, le malade n'a pas remarqué l'accident primaire, a regardé comme insignifiante son éruption roséolique, et ce n'est que parce que son œil est rouge, douloureux, larmoyant, parce que sa vue baisse rapidement qu'il se décide à consulter.

Mais à côté du spirochète, il existe d'autres facteurs étiologiques, spécifiques ou non, qui interviennent pour localiser l'affection sur la membrane irien-

ne et dont on ne doit pas méconnaître l'importance. C'est ainsi que le traumatisme, même dans la période qui a précédé l'infection syphilitique, l'iridectomie ancienne, jouent un rôle localisateur. « Chez un individu en puissance de syphilis, la moindre excitation du globe oculaire peut fournir la cause occasionnelle qui fera naître l'iritis. » (Mackenzie.) Tout se passe comme si le virus syphilitique se portait avec prédilection, en un point de l'organisme ayant subi des modifications dans sa structure à la suite d'un traumatisme plus ou moins ancien, et qui, du fait de cette atteinte, voit sa résistance diminuée.

Les affections oculaires anciennes, agissent dans le même sens : l'iritis gommeuse succède souvent à une iritis plastique ayant évolué d'une manière aiguë, puis chronique.

Dans le domaine de la pathologie générale, une influence débilitante quelconque, l'intempérance, l'épuisement sont des causes occasionnelles qu'il ne faut pas mésestimer dans l'éclosion de l'ophtalmie spécifique. Ce sont peut-être là, les raisons pour lesquelles l'homme est plus fréquemment atteint d'iritis que la femme (63 %).

La fréquence de l'iritis syphilitique est diversement estimée par les auteurs compétents : Mauthner, à Vienne, donne des chiffres très élevés : d'après lui, 75 % des iritis sont d'origine spécifique. De Wecker, à Paris, et Graefe, à Berlin, 60 %. Arlt, à Vienne, n'en admet que 29 %. Les premiers chiffres sont nettement exagérés, car même en admettant que la syphilis soit une maladie fort répandue, il n'y a quand

même qu'une faible fraction parmi tous les syphilitiques, qui sont atteints d'iritis spécifique : 1 à 6 %, selon Goldzieher et Fournier.

Cependant, l'iritis est fréquente : nous admettons que 60 % relèvent du tréponème; en effet, il faut tenir compte des iritis d'origine indéterminée, et qui sont en réalité des manifestations spécifiques.

Moins fréquente est la gomme de l'iris: M. le Professeur Rollet en trouve 12 cas, sur 12.000 malades d'ophtalmologie. Talbot, en 1894, signale que sur 42.600 malades qui se sont présentés à la Clinique Ophtalmologique de Bordeaux depuis sa fondation, il y avait 222 cas d'iritis syphilitique, parmi lesquels on a trouvé 6 cas de gomme irienne.

Quant à l'infiltration gommeuse diffuse, elle est très rare. Millet (*Thèse de Lyon*, 1907), en trouve 7 cas seulement dans la littérature des deux continents.

En somme, les déterminations iriennes, dans la septicémie syphilitique, peuvent être considérées comme un accident dont la rareté croît en proportion de la gravité.

En ce qui concerne l'âge, c'est entre 20 et 40 ans que les lésions iriennes font leur apparition. Il s'agit presque toujours de syphilis acquise, rarement de syphilis héréditaire ; la gomme irienne est l'apanage de la syphilis acquise.

Pas de règle absolue pour ce qui est de l'uni ou de la bilatéralité des lésions. Rarement les deux yeux sont pris à la fois; l'iritis diffuse aiguë, d'abord unilatérale, atteint fréquemment l'autre œil qui est pris

alors que le premier tend vers la guérison. L'iritis gommeuse est plus souvent unilatérale que la précédente. Enfin, on peut observer la coexistence de deux formes d'iritis syphilitique sur le même malade: iritis plastique d'un côté, gomme de l'autre.

Quand l'affection atteint-elle l'iris ? Le moment d'apparition de la lésion irienne au cours de l'infection syphilitique, est variable. D'après Ricord et le Professeur Rollet, l'iritis syphilitique survient, six, huit, dix mois après le chancre, quelquefois plus tôt, comme dans les syphilis graves, à marche rapide, où les 3 périodes semblent se confondre; d'autres fois, il peut s'écouler des mois, des années même, entre l'accident primaire et l'apparition des premières manifestations oculaires, et cette éclosion tardive ne peut être invoquée à l'encontre de la nature syphilitique de l'iritis. Cependant, il y a un maximum de fréquence dans l'année qui suit l'infection. Les observations de la thèse de Serrigny (1877), de Nitot (1880), de Talbot (1894), de Turcan (1905), de Kostitch (1922) montrent que l'éclosion des phénomènes morbides du côté de l'œil, se fait, dans plus de la moitié des cas, au cours de la première année de l'infection syphilitique.

Si ce dernier fait est normal pour l'iritis diffuse aiguë, manifestation de la période secondaire, il l'est ou plutôt le paraît beaucoup moins au premier abord, en ce qui concerne la gomme, accident de la période tertiaire. Aussi, nombre d'auteurs et en particulier Fuchs, s'appuyant sur la précocité de ces nodules iriens, sur leur apparition, simultanée souvent, avec

les manifestations secondaires de la syphilis, pensent qu'il s'agit là de productions secondaires auxquelles ils donnent le nom de papules et de condylomes.

Il nous faut prendre position. Notre maître, M. le Professeur Rollet, s'exprime ainsi dans les *Archives Ophtalmologiques* de mai 1908 :

« Evidemment, la plupart de mes malades étaient porteurs d'accidents cutanéomuqueux, dits secondaires, c'est-à-dire résolutifs, mais deux cependant présentaient comme dans le tertiariisme précoce, outre des plaques muqueuses, des syphilides cutanées tuberculo-gommeuses, accidents dits tertiaires, c'est-à-dire destructifs. »

L'anatomie pathologique et l'évolution des lésions nous donnent déjà un argument en faveur de cette thèse : En effet, la papule ou le condylome, comme la roséole ou la plaque muqueuse, appartiennent à la période secondaire de la syphilis et sont le signe de la septicémie syphilitique ; ce sont des accidents essentiellement résolutifs ; il n'y a pas de phénomènes nécrotiques, mais une simple hyperplasie localisée du tissu épithélial normal.

En opposition avec ce caractère de bénignité relative, la gomme est un accident tertiaire, destructif. On retrouve, dans son évolution, les 4 phases classiques : crudité, ramollissement, ulcération, réparation. Elle laisse une cicatrice. Les lésions vasculaires peu ou pas marquées dans la papule ou le condylome, sont ici constantes et conditionnent la caséification et la fonte de la gomme.

Par ailleurs, très souvent les nodules iriens font

suite à une iritis plastique diffuse, quelques jours après le traitement ou au cours de celui-ci. Le traitement a atténué la virulence du microbe contre lequel l'organisme, de son côté, s'est immunisé : c'est le moment pour le spirochète, de se fixer en un point et d'y déterminer des lésions limitées : c'est bien un caractère de la période tertiaire.

On peut se demander alors, pourquoi la gomme, accident tertiaire, tardif, perd parfois ce dernier caractère pour revêtir celui de précoce quand il atteint l'iris ? L'explication nous en est fournie peut-être, par la richesse vasculaire de cette membrane, la minceur de la couche épithéliale qui la recouvre, ses mouvements incessants, la fragilité de ses vaisseaux et leur propriété de fixer le tréponème.

Ainsi dans l'iris, la syphilis a une marche beaucoup plus rapide que dans l'économie générale ; les accidents tertiaires sont très près des accidents secondaires, se confondent parfois avec eux : on peut dire que c'est une « vérole galopante ». Elle mérite d'autant mieux ce qualificatif, que l'iritis est considérée comme l'indice d'une syphilis extrêmement sévère (Fournier, Trousseau) qui ne pourra être jugulée qu'avec un diagnostic précoce.

CHAPITRE III

Formes anatomo-cliniques et Symptomatologie

Nous avons intitulé ce travail : « Polymorphisme clinique de la Syphilis irienne. » Les modalités sous lesquelles se présente cette affection sont, en effet, très dissemblables, et il importe de les bien connaître pour pouvoir les rapporter à la même cause.

Nous constatons que, notamment pour l'iris, Syphilis et Tuberculose peuvent créer toutes deux, — fait sur lequel insiste M. le Professeur Rollet, — tantôt des lésions inflammatoires d'aspect banal, où le diagnostic repose surtout sur les commémoratifs et les examens de laboratoire, tantôt des productions spécifiques, gomme syphilitique et tubercule, où le diagnostic se fait d'une façon plus aisée, souvent par le simple examen clinique de l'iris.

Nous suivrons, pour l'exposé des formes cliniques de la Syphilis irienne, la Classification de M. le Professeur Rollet :

I. LA SYPHILIS INFLAMMATOIRE, RÉSOLUTIVE, de l'iris, avec ses formes principales :

- a) *Forme plastique surtout, rarement forme séreuse.*
- b) *Forme hémorragique.*

II. LA SYPHILIS IRIENNE DESTRUCTIVE, scléro-gomme spécifique, dont les trois formes cliniques sont :

- a) *La gomme circonscrite.*
- b) *Le Pseudo-hypopyon gommeux.*
- c) *L'infiltration gommeuse diffuse.*

I. — *La syphilis inflammatoire, résolutive de l'iris*

a) *L'iritis plastique.* — Contemporaine des manifestations secondaires de la Syphilis, c'est comme nous l'avons vu, la forme la plus commune de la syphilis irienne. Elle fait son apparition en même temps ou peu après l'éruption cutanée, au cours du traitement.

Elle présente deux grands symptômes : *l'hyperémie et l'exsudation*. On constate d'abord, en comparant les deux yeux, la décoloration de l'iris produite par l'hyperémie; la pupille est trouble, contractée; elle réagit mal à la lumière et à l'accommodation. Dans les cas légers, l'atteinte de l'œil se borne à cette hypervascularisation. Dans les cas plus graves, il se produit une exsudation qui se fait soit dans l'épaisseur de la membrane irienne, soit dans la chambre antérieure, soit enfin dans la chambre postérieure;

l'iris apparaît épaissi, tuméfié; sa décoloration est très marquée, la pupille très rétrécie, grisâtre; on constate un trouble de l'humeur aqueuse. Lorsque l'exsudation est plus abondante, elle constitue, dans la chambre antérieure, un hypopyon; en réalité, cette éventualité est exceptionnelle dans l'iritis aiguë plastique. D'autres fois, il se produit de légers dépôts fibrineux sur la face postérieure de la cornée, constituant, en raison de leur disposition, la descemétite ponctuée.

L'exsudation, au lieu de se faire en avant, peut, au contraire, gagner la chambre postérieure : alors, des adhérences s'organisent entre l'iris et la capsule du cristallin : ce sont les synéchies postérieures dont le siège de prédilection est au niveau du bord pupillaire; elles persistent souvent, même quand l'inflammation a cessé : l'iris, tirailé par elles, présentera alors une ouverture pupillaire complètement déformée. Parfois, l'adhérence occupe tout le pourtour du bord pupillaire : c'est la synéchie postérieure annulaire qui a pour effet de séparer la chambre antérieure de la chambre postérieure, créant ainsi une disposition anatomo-pathologique propice au développement de l'hypertonie.

Toutes ces perturbations dans les milieux oculaires ne vont pas sans une atteinte de l'état général du malade, qui souffre parfois beaucoup. C'est une douleur sourde qui s'exalte cependant à certains moments ; des lancées douloureuses, à type névralgique, traversent l'œil, le front, la tempe; ces exacerbations de la douleur surviennent la nuit principalement, et

ont pour effet de priver le malade de sommeil, diminuant ainsi sa résistance vis-à-vis de l'élément infectieux.

L'acuité visuelle baisse parfois considérablement ; la conjonctive est injectée ; il y a du larmolement et de la photophobie ; l'œil paraît tellement lourd au patient que celui-ci laisse instinctivement retomber la paupière.

Dans d'autres cas, au lieu des phénomènes aigus douloureux, l'iritis syphilitique affecte une allure torpide qui lui est bien particulière.

La forme aiguë de l'iritis plastique dure un mois environ. D'ailleurs, le plus souvent, l'attaque n'est pas unique, et il se produit une, deux, trois poussées, à des intervalles plus ou moins éloignés.

La forme chronique présente des symptômes inflammatoires bien moins marqués, parfois même insignifiants : mais, plus fréquemment que la forme aiguë, la forme chronique pourra être le point de départ d'un processus gommeux.

Les complications de l'iritis spécifique sont celles de l'iritis en général : signalons tout spécialement les synéchies postérieures, l'occlusion et la séclusion pupillaire. Sous l'influence du traitement précoce et intensif, les séquelles de l'iritis plastique se font de plus en plus rares.

Mentionnons enfin l'iritis séreuse syphilitique : elle se rencontre peu fréquemment, et se rapporte à une syphilis bénigne, souvent non reconnue.

En résumé, l'iritis syphilitique plastique ne se dif-

férence par aucun caractère pathognomonique, des autres variétés d'inflammation irienne.

b) *L'iritis à forme hémorragique.* — L'hémorragie peut survenir dans toutes les variétés de la Syphilis de l'iris, dans l'iritis plastique, dans la gomme circonscrite, dans le pseudo-hypopyon gommeux, dans l'infiltration diffuse. Il se produit un épanchement sanguin appelé hyphéma, qui survient tantôt avant, tantôt après l'apparition de la gomme.

Cet hyphéma se présente à nous sous deux aspects : dans certains cas, c'est du sang pur ; d'autres fois, ce sang est mélangé au magma puriforme d'un pseudo-hypopyon provenant d'une gomme qui a suivi son évolution vers le ramollissement et l'ulcération.

Cette hémorragie, qui d'ailleurs ne semble pas être un indice de gravité spéciale, ne se produit pas dans toutes les lésions iriennes syphilitiques : il faut tenir compte de la résistance des parois vasculaires, facteur individuel, et de l'intensité des phénomènes inflammatoires.

En plus de la syphilis, interviennent d'autres éléments, en particulier l'arthritisme, le diabète, l'athérome, l'hémophilie, qui peuvent, chez le sujet syphilitique, augmenter encore la fragilité des vaisseaux.

Suivant l'origine de l'hémorragie, la quantité de sang est plus ou moins considérable. Si elle vient de l'iris, on a alors, dans la chambre antérieure, l'hyphéma type, en forme de croissant de lune, changeant de niveau selon les diverses positions du malade. D'autres fois, c'est à la face postérieure de la

cornée que s'est produit l'épanchement; le sang paraît être plaqué contre elle et provient alors de la membrane de Descemet : c'est la descemétite hémorragique.

Dans l'infiltration diffuse, les épanchements sanguins sont bien plus abondants et plus graves; ils siègent dans la chambre antérieure qu'ils inondent, dans le vitré, ou encore dans les différentes tuniques de l'œil.

Mécanisme de l'hémorragie. — La syphilis, nous le savons, donne fréquemment naissance à des artérites, et a une prédilection marquée pour les vaisseaux de petit calibre. Le processus inflammatoire altère les parois des vaisseaux de l'iris ou du corps ciliaire, qui finissent par se rompre et provoquent une inondation de la chambre antérieure : ceci pour l'hyphéma précoce se produisant dans l'iritis plastique. Quand il y a une gomme, restée circonscrite et évoluant vers la guérison, les phénomènes inflammatoires s'atténuent, le sang reprend alors son cours dans des vaisseaux altérés, d'où ruptures vasculaires et épanchements sanguins tardifs. Quand, enfin, la gomme, au lieu de rétrocéder, poursuit son évolution vers le ramollissement et l'ulcération, la stase sanguine, produite par l'endartérite en amont des vaisseaux oblitérés, s'accentue : les tuniques vasculaires s'ischémient, se sphacèlent et se rompent : là encore l'hémorragie est tardive.

Artérite, endartérite oblitérante, tel est le processus qui cause l'hémorragie.

II. — *La syphilis irienne destructive :*

Scléro-gomme spécifique

Deux cas sont à considérer :

Ou bien la gomme apparaît d'emblée sur un iris sain : c'est la gomme primitive. Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, elle se localise sur un iris antérieurement traumatisé ou qui a subi des atteintes d'iritis plastique, à forme chronique surtout, comme nous l'avons déjà vu : c'est la gomme secondaire.

Dans son mémoire de 1908, M. le Professeur Rollet décrit les trois formes cliniques principales de la syphilis gommeuse de l'iris :

Gomme circonscrite, pseudo-hypopyon gommeux, infiltration gommeuse diffuse.

a) *Gomme circonscrite.* — Elle succède en général à une iritis plastique évoluant, depuis peu, ou au contraire depuis des années. A un certain moment, on observe sur la membrane irienne une surélévation jaunâtre, formant bientôt un nodule limité, gros comme une tête d'épingle ou comme un petit pois, en général unique, siégeant dans la plupart des cas sur le bord pupillaire, moins souvent sur le bord adhérent, rarement dans la portion moyenne de l'anneau irien : à la base de ce nodule, quelquefois à sa surface, on distingue à la loupe, des petits vaisseaux remplis de sang; aussi ces tubercules syphilitiques ont un aspect cuivré, le rouge du sang se mêlant au jaune de la tumeur. Parfois ce nodule irien peut s'hy-

peritrophier considérablement et remplir la chambre antérieure sans que sa base d'implantation soit augmentée.

Mais s'il y a une gomme macroscopique en quelque sorte, il en existe d'invisibles à l'œil nu, que l'on peut déceler seulement au microscope cornéen de Zeiss : à l'aide de cet appareil on distingue de petits pelotons vasculaires qui, sans doute, sont des gommages en voie de formation.

La réaction locale est en générale nulle ou très discrète, d'où le nom de gomme circonscrite. Toutefois la tendance à l'hyperémie et à l'exsudation peut être très marquée; comme dans l'iritis plastique il en résulte alors des synéchies postérieures, souvent assez étendues, ou des fausses membranes sur le cristallin.

Au bout d'une quinzaine de jours, les nodules ont atteint leur développement complet. Avec un traitement précoce, ils disparaissent sans laisser d'autres traces que des traînées fibreuses, visibles au microscope cornéen seulement; au point de vue fonctionnel, dans certains cas heureux, le résultat peut être meilleur même que dans certaines iritis plastiques, car plus alors que pour cette dernière forme, le traitement immédiat et intensif agit rapidement.

Dans d'autres cas, la gomme poursuit son évolution vers le ramollissement et la fonte dans la chambre antérieure, réalisant la forme clinique suivante, le pseudo-hypopyon gommeux.

b) *Le Pseudo-hypopyon gommeux.* — C'est en 1904 et 1908, que M. le Professeur Rollet décrit cette forme clinique de la Syphilis gommeuse de l'iris, forme

dont la nature fut longtemps méconnue et que trop souvent encore, un examen superficiel fait confondre avec l'hypopyon ordinaire.

En effet, cette variété clinique, désignée par Ricord sous le nom d'iritis pustuleuse, se présente, au premier abord, comme un hypopyon classique. La gomme s'est liquéfiée et laisse écouler dans la chambre antérieure un magma puriforme, blanc-jaunâtre, cachant le quadrant inférieur de l'iris. « De même qu'une gomme sous-cutanée fluctuante peut en imposer pour un abcès, de même, la matière puriforme demi-fluide qui n'est pas du pus mais du ramollissement gommeux, peut, au travers de la cornée transparente, faire penser au pus banal de l'hypopyon. » (Professeur Rollet). Il s'agit là d'un pseudo-hypopyon dû à la liquéfaction d'une gomme, et non pas d'une suppuration franche et même mixte.

Pour faire le diagnostic étiologique de ce pseudo-hypopyon, il faut y penser, interroger le malade, pratiquer un examen local et général soigneux. La coexistence d'un épanchement puriforme, avec d'autres accidents tels que syphilides, plaques muqueuses, sera la signature de son origine. D'autres fois il est plus difficile d'admettre une relation de cause à effet, par exemple quand l'accident primaire a précédé l'hypopyon de plusieurs années, 26 ans comme il a été cité. Même à un examen attentif, on peut avoir quelque difficulté à qualifier de fonte gommeuse l'hypopyon observé : c'est quand la gomme est située dans le segment inférieur de l'iris et est

par conséquent cachée par la masse purulente déposée dans la chambre antérieure.

D'ailleurs, cet hypopyon n'est pas toujours symptomatique d'une gomme de l'iris. M. le Professeur Rollet en a observé un cas où il était d'origine nettement cornéenne.

C'est l'épanchement de la chambre antérieure qu'il faut examiner méticuleusement. En effet, il se différencie du véritable hypopyon par un certain nombre de caractères : d'abord par l'absence d'un ulcère cornéen; son peu de mobilité : il ne se déforme pas ou presque sous l'influence des mouvements du sujet; on a l'impression visuelle d'une consistance plus grande que celle de l'hypopyon banal; le pseudo-hypopyon est bourbilloneux et présente de petits grumeaux d'un jaune d'or foncé; sa limite supérieure, au lieu de présenter la forme classique de tranche d'orange, est irrégulière; enfin il peut ne pas se trouver exactement au point déclive.

Il importe au plus haut point de reconnaître la nature de ce pseudo-hypopyon, qui par le seul traitement de la cause générale disparaîtra sans laisser de grosses séquelles.

c) *L'infiltration gommeuse diffuse.* — Alors que bien traitées, iritis plastique, gomme circonscrite et gomme à pseudo-hypopyon sont d'une bénignité relative, il n'en est pas de même pour une autre manifestation oculaire de la syphilis tertiaire, d'une extrême gravité en raison de sa marche ultra rapide et comportant un pronostic local et même *quoad vitam*, des plus réservés. C'est à cette modalité de la

syphilis irienne que M. le Professeur Rollet a donné le nom d'infiltration gommeuse diffuse.

Accident rare, il est vrai; Millet, dans sa thèse en 1907, ne peut en réunir que sept cas dans toute la littérature.

Il s'agit dans ces cas, de syphilis extrêmement sévère, ayant donné des lésions somatiques considérables. La maladie n'atteint plus seulement un point ou deux du globe oculaire : la totalité de l'organe est en proie au processus désorganisateur.

Cette forme clinique débute aussi par une iritis simple : on constate une injection conjonctivale intense, un cercle périkératique, un trouble de l'humeur aqueuse; l'iris est décoloré, paresseux; on peut voir à l'ophtalmoscope des corps flottants dans le vitré. Puis apparaît une gomme circonscrite et qui finit par s'étendre; d'ailleurs, dans certains cas, le stade de gomme circonscrite fait défaut : l'infiltration se fait d'emblée dans toute la membrane irienne, et de là, diffuse dans toutes les enveloppes de l'œil, qu'elle va frapper de mort.

Les signes cliniques sont très accusés. Le malade souffre énormément : les paupières sont œdématiées, l'œil noyé dans un chémosis intense, la conjonctive très vascularisée; la chambre antérieure contient un liquide louche; l'iris est décoloré, irrégulier, semé de petites hémorragies; le globe est douloureux à la pression; la tension est peu élevée; la vision est réduite à 0.

Puis les symptômes augmentent: l'œil, spontanément douloureux, gros, fait saillie entre les paupières

qui ne peuvent plus se refermer sur lui : il se produit des hémorragies dans la chambre antérieure, de la descemétite; la tension augmente maintenant. Le malade ne peut trouver le moindre repos.

Enfin à une troisième période, apparaît, du jour au lendemain, une saillie staphylomateuse; elle déforme le globe oculaire qui paraît sortir de l'orbite. Les douleurs sont horribles quel que soit le traitement employé. L'état général des malades s'altère rapidement; ils s'anémient, ne dorment plus et s'acheminent vers la cachexie syphilitique et la mort par généralisation des gommes, comme le malade dont Millet nous rapporte l'observation.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Tout comme pour les formes anatomo-cliniques, on doit établir une distinction entre la syphilis inflammatoire, résolutive, de l'iris, accident dit secondaire, et la syphilis irienne destructive, accident dit tertiaire.

L'iritis plastique syphilitique, en effet, n'a pas une individualité clinique propre : localement, rien ne permet de la différencier des autres iritis. C'est l'interrogatoire du malade, l'étude de ses antécédents héréditaires et surtout personnels, la coexistence d'accidents secondaires cutanéomuqueux, la réaction de Wassermann, qui permettront de poser le diagnostic d'iritis plastique syphilitique.

L'hémorragie au cours d'une iritis ne constitue pas, à elle seule, un signe absolument certain de spécificité, bien que certains auteurs, Alt en particulier, aient considéré l'hyphéma comme l'apanage presque exclusif de la syphilis irienne.

Est-ce à dire que nous n'aurons pas recours aux anamnestiques dans les cas de syphilis gommeuse ? En aucun cas ils ne sont négligeables, mais pour la scléro-gomme spécifique, le seul examen clinique permet déjà l'orientation du diagnostic.

On évitera de confondre la gomme avec un certain nombre de lésions pouvant, à un moment donné de leur évolution, présenter un nodule saillant de la membrane irienne.

C'est avant tout avec le tubercule de l'iris qu'il faudra faire le diagnostic. En général les tubercules de l'iris se rencontrent chez de jeunes sujets, enfants ou adolescents, à terrain nettement bacillaire. Mais alors que la gomme syphilitique se caractérise, en général, par son unicité, les nodules tuberculeux sont le plus souvent multiples. En présence d'un point jaunâtre ou d'un ramollissement caséeux on peut penser au tubercule, et le diagnostic peut être rendu difficile en l'absence d'autres signes de tuberculose. D'ailleurs, le sujet peut être à la fois tuberculeux et syphilitique.

La marche de la maladie sera un élément important de diagnostic. Celui-ci sera étayé sur la notion d'excessive gravité de la tuberculose comparée à la syphilis, sur la rapide évolution de la première et sa généralisation dans tout l'organisme. De plus, une gomme irienne tuberculeuse provoque presque constamment une perforation de la cornée, tandis que la gomme spécifique n'occasionne jamais la fonte purulente de cette membrane.

Le traitement d'épreuve fera lui-même le diagnos-

tic étiologique : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

Nous ne ferons que mentionner l'abcès de l'iris, la sporotrichose irienne, les lipomes et les tumeurs télangiectasiques, les lymphomes, les kystes, les sarcomes.

Le pseudo-hypopyon gommeux se différencie de l'hypopyon classique par un certain nombre de caractères : il est d'une consistance plus grande, et par conséquent moins mobile; il est bourbilloneux et contient des petits grumeaux d'un jaune d'or foncé; sa limite supérieure est irrégulière; enfin il ne s'accompagne pas d'un ulcère cornéen.

L'infiltration gommeuse diffuse est une forme extrêmement grave, allant de pair avec une généralisation de l'infection dans tout l'organisme. Les anamnestiques ont suffi pour guider le diagnostic. Quand le staphylome apparaît, les lésions très avancées du segment antérieur font poser le diagnostic de syphilome total de l'œil. Enfin, à la dernière période, quand le globe oculaire, entouré d'un bourrelet chémotique, vient faire hernie entre les paupières œdématisées, le diagnostic doit être fait avec le phlegmon de l'orbite et la ténonite, mais dans ces deux cas, le globe est sain, le segment antérieur indemne, l'œil amaurotique.

CHAPITRE V

Pronostic

Les différentes formes de la syphilis irienne ne comportent pas le même pronostic. Nous les envisageons successivement à ce point de vue.

L'iritis plastique est une affection le plus souvent bénigne; seule sa tendance à la chronicité ou aux récurrences peut en assombrir le pronostic visuel.

Les hémorragies survenant au cours de certaines iritis, doivent être considérées comme une complication imprimant une allure particulière à cette maladie, mais elles ne sont pas un signe de gravité spéciale.

La syphilis gommeuse, destructive, comporte un pronostic plus grave, voire même très sombre pour certaines de ses formes.

Nous faisons pourtant une restriction, en ce qui concerne la gomme circonscrite et le pseudo-hypopyon.

La gomme circonscrite était considérée autrefois comme une affection très grave; aujourd'hui, cette opinion paraît exagérée : souvent, la gomme irienne circonscrite n'aura pas un pronostic plus sérieux, au point de vue visuel, que l'iritis plastique : bien plus, le pronostic d'une gomme peut même être meilleur que dans certains iritis simples, car plus alors que pour cette dernière forme, le traitement immédiat et intensif agit rapidement, et permet d'obtenir des visions de $1/2$ et de $2/3$, avec trainées fibreuses à peine visibles au microscope cornéen.

La présence d'un pseudo-hypopyon dans la chambre antérieure, n'indique pas une aggravation considérable; il guérit par le seul traitement spécifique, en laissant une vision satisfaisante. Dans l'observation n° V, la malade a quitté l'hôpital avec une vision de $2/3$.

Il n'en est pas moins vrai que l'on doit considérer la gomme de l'iris comme une grosse complication de la syphilis.

Le pronostic de l'infiltration gommeuse diffuse, est par contre, des plus sombres. Il ne saurait être question du pronostic visuel : l'œil est perdu dans la plupart des cas : sur les sept observations rapportées par Millet, cinq fois on dut pratiquer l'énucléation. C'est du pronostic vital qu'il s'agit, et il est souvent bien compromis, car on a affaire à une syphilis très grave, à marche rapide, qui va engendrer des gommes dans tout l'organisme.

C'est en faisant des diagnostics d'iritis incipiens que l'on préviendra, peut-être, cette forme redoutable de la syphilis irienne.

CHAPITRE VI

Traitement

Du chapitre précédent, nous avons retenu que si le pronostic est relativement bénin pour les formes résolutives de la syphilis irienne, il est au contraire très sérieux pour les formes destructives. Aussi, il importe au plus haut point, sitôt le diagnostic posé, d'instituer un traitement intensif de la cause générale dont relève l'atteinte de l'iris. Même si la syphilis est douteuse, il y aura intérêt pour le malade à tenter le traitement d'épreuve.

La médication spécifique est variée : nous nous adresserons d'abord au médicament employé de tout temps : le mercure; on l'administrera en injections intraveineuses quotidiennes de biiodure ou de benzoate (0 gr. 02 à 0 gr. 03) ou de cyanure (0 gr. 01). On fera également du Bismuth intramusculaire. L'iodure de potassium, très en usage dans la syphilis oculaire, est capable, à lui seul, à très hautes doses (6, 8, 10 gr.

pro die et même davantage) d'amener la résolution des gommès de l'iris, mais il vaut mieux utiliser un traitement mixte, hydrargyro-ioduré, ou encore la méthode conjuguée hydrargyro-arsénobenzolique (Favre).

Le novarsénobenzol ou 914, en injections intraveineuses, progressivement croissantes, donne de bons résultats.

Quant à l'arsénobenzol ou 606, on le réserve généralement pour les cas d'infiltration gommeuse diffuse, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'une syphilis particulièrement maligne, rebelle à tout autre thérapeutique.

Le traitement général doit être prolongé de trois à cinq semaines, parfois bien davantage, mais même après la guérison des accidents oculaires, le malade devra continuer le traitement de fond, intermittent, de sa syphilis.

Le traitement local consistera en instillations d'atropine (5 cgr. p. 10). On prendra soin d'examiner la tension oculaire; s'il y a de l'hypertonie, ou des phénomènes douloureux, on aura recours aux instillations d'ésérine, de pilocarpine. Lorsque le traitement doit être continué longtemps, on peut remplacer l'atropine par la duboisine.

On essayera de calmer la douleur par des compresses chaudes appliquées sur la région oculaire, ou par des sangsues à la tempe. A la période ultime de l'infiltration gommeuse diffuse, nous avons vu que le malade souffrait horriblement : on est autorisé alors, à lui donner largement de la morphine.

Enfin l'œil sera mis au repos par un simple pansement occlusif.

Le traitement chirurgical qui consiste à faire la paracenthèse de la chambre antérieure en cas de pseudo-hypopyon, ou la ponction des épanchements sanguins, est dangereux, le plus souvent inutile. Par la seule médication spécifique, le pseudo-hypopyon disparaît et l'hyphéma se résorbe avec facilité.

On pratiquera, si besoin est, l'iridectomie antiglaucomeuse ou l'énucléation qui s'impose souvent dans l'infiltration diffuse.

Observations

La syphilis de l'iris est une affection très fréquente dans ses formes résolutives, plastiques surtout, rare dans ses formes gommeuses, gomme circonscrite et pseudo-hypopyon, exceptionnelle quand il s'agit d'infiltration gommeuse diffuse.

En raison de la fréquence des cas de syphilis irienne plastique, nous n'en rapportons aucune observation, et nous nous contentons de donner ci-après, six observations de constatation rare, recueillies dans la Clinique Ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

Nous groupons ces observations de la façon suivante :

1° Des cas bilatéraux :

a) avec polymorphisme clinique, infiltration destructive d'un côté et iritis syphilitique résolutive de l'autre.

b) avec gommages destructives des deux côtés.

2° Des cas unilatéraux.

OBSERVATION I (Inédite)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Lésions bilatérales : infiltration gommeuse diffuse de l'iris du côté droit; iritis plastique hémorragique du côté gauche.

Th... P., 42 ans, manœuvre, entré à la Clinique ophtalmologique le 6 janvier 1927.

A fait la campagne en Orient où il a contracté le paludisme, et sur le front français.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Mère bien portante. Père mort d'affection indéterminée; 2 frères, 2 sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Fluxion de poitrine à 7 ans. Polyurie essentielle depuis l'âge de 13 ans. Psoriasis.

A contracté la syphilis en mai 1926. Chancre sur le fourreau de la verge. Traité aux Chazeaux par le Docteur Bonnet, il reçoit en juillet 1926, une première série de néosalvarsan, une deuxième en octobre et novembre.

Les troubles oculaires ont commencé par l'œil droit, le 20 décembre 1926. Le malade ne pouvait fixer les objets et avait des lancées douloureuses dans cet œil. Vision trouble à droite, conservée à gauche. Très rapidement, la vision de l'œil droit a baissé d'une manière considérable : le malade perçoit alors à peine la lumière. L'œil gauche est atteint 8 jours après. Le Docteur Bonnet recommence une série de piqûres de néo, dont la deuxième a été faite le mardi 4 janvier 1927. Le 6 du même mois, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans la Clinique Ophtalmologique.

6 Janvier : Examen au Gullstrand :

O. D. : V. = 0. Cornée : pas de lésions de l'épithélium antérieur, ni des couches les plus superficielles du stratum cornéen. Les parties les plus profondes de la cornée et la membrane de Descemet sont le siège de troubles diffus très marqués avec hémorragies plaquées

contre l'endothélium de Descemet : il en existe une au centre et de multiples à la périphérie, dans la moitié supérieure de la cornée.

La chambre antérieure présente un trouble tellement intense qu'il masque tous les détails sous-jacents; il existe en outre un hyphéma entre V et VII h. qui était primitivement minime, mais qui a beaucoup augmenté ces jours derniers.

Nulle part on ne peut distinguer de façon précise les détails de l'iris. Vers 10 h., cependant, existe un nodule gommeux.

O. G. = L'iris se dilate bien, mais on voit sur la cristalloïde antérieure des trainées pigmentaires qui correspondent à des synéchies rompues.

Il existe, en outre, de nombreux dépôts ponctiformes sur la membrane de Descemet. Il s'agit donc d'une iritis séro-plastique, sans formation de gommages. Le malade ne souffre pas de l'œil gauche.

Examen du fond d'œil : O. D. = impossible.

O. G. = rien à signaler.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

11 *Janvier* 1927 : Le malade a fait un hémorragie dans la chambre antérieure de l'œil droit.

18 *Janvier* : Actuellement, hémorragies résorbées, la chambre antérieure est remplie par un magma pseudo-purulent.

15 *Février* : Le malade se plaint de douleurs frontales surtout à droite.

O. G. V. = 1/2.

O. D. V. = voit la lumière.

Examen au Gullstrand. — Cornée : dépôts pigmentaires noirâtres, très abondants sur la membrane de Descemet. On distingue néanmoins les détails de la chambre antérieure de l'iris. Il existe une séclusion pupillaire complète. D'autre part, l'iris est ponctué de trainées cicatricielles blanchâtres, radiées, correspondant à

des cicatrices de gommages. Il n'y a plus de pseudo-hypopyon. Aucune production jaunâtre nulle part.

Traitement : Ki 6 gr. pro die.

8 Mars : Examen au Gullstrand :

A droite : les dépôts sur la Descemet semblent avoir augmenté.

Vascularisation plus abondante des régions périphériques de la cornée.

A gauche : l'iris semble toujours très fortement adhérent à la cristalloïde antérieure.

O. D. V. = Voit la lumière. — O. G. V. = 1/6.

9 Mars : Le malade fait depuis 15 jours, une nouvelle poussée d'iritis à l'œil gauche sans formation de gomme jusqu'à présent. Il présente aujourd'hui une petite hémorragie dans sa chambre antérieure.

4 Avril : Du côté gauche on constate aujourd'hui un trouble de la chambre antérieure qui n'existait pas aux précédents examens. A la loupe binoculaire, on ne voit pas de gomme.

11 Avril : O. G. : Hyphéma spontané.

22 Avril : Hyphéma résorbé.

28 Avril : Nouvel hyphéma de l'œil gauche.

28 Juin : O. G. V. = Compte les doigts à 75 cm.

O. D. V. = 0.

20 Août : Iridectomie O. D. L'iris se déchire, on ne peut arriver à faire l'iridectomie.

13 Septembre : O. G. V. = 1/30.

O. D. V. = 0.

A l'œil gauche, la face antérieure du cristallin recouverte de pigments et épaissement de la cristalloïde antérieure, fond inéclairable.

Traitement au néo. Septembre et octobre 1927.

2 Novembre : Examen au Gullstrand par le Docteur Colrat.

O. D. : Léger strabisme externe sans défaut d'excursion du globe. Lésions profondes de la cornée, occupant

les parties postérieures du tissu propre de la membrane de Descemet sous forme d'un trouble en pointillé extrêmement fin, sans processus gommeux à ce niveau. Les lésions cornéennes masquent complètement l'orifice pupillaire. On ne voit l'iris qu'à la périphérie : il existe là des cicatrices blanchâtres qui paraissent correspondre à l'infiltration gommeuse observée autrefois. L'orifice d'iridectomie pratiquée à 3 heures est oblitéré par des exsudats. Il n'y a pas de gomme en activité.

O. G. : Précipités discrets de Descemetite. Synéchies postérieures, incomplètes de l'iris, notamment à 8 h. et à 11 h. Pas de gomme. Aspect flou de l'iris avec disposition irrégulière du pigment.

O. D. V. = 0. — O. G. V. = 1/20°.

Le fond de l'œil gauche était trouble au point d'empêcher tout examen ophtalmoscopique : il s'est notablement éclairé. Le vitré reste trouble et la papille est vue comme à travers un nuage : elle semble un peu décolorée : papillo-hyalite. La vision s'est notablement améliorée.

En somme, nous avons là un cas de syphilis oculaire bilatérale avec polymorphisme clinique : à l'œil droit, il s'agit d'une infiltration syphilitique gommeuse, forme destructive; à l'œil gauche, une iritis syphilitique résolutive à forme hémorragique.

Cette association sur les yeux d'un même sujet, d'une iritis plastique telle qu'on la rencontre habituellement à la période secondaire, et d'une gomme de l'iris, lésion tertiaire où destructive est exceptionnellement notée.

Ce nouveau cas montre une fois de plus que la gomme syphilitique ou l'infiltration gommeuse diffuse de l'iris, peuvent être d'apparition extrêmement précoce, sept mois après le chancre dans le cas particulier.

Le malade a été soumis à un traitement énergique et continu, au cyanure de mercure, au néosalvarsan et à l'iodure de potassium, mais étant donnée l'intensité des

lésions de l'œil droit, on ne peut espérer de ce côté la *restitutio ad integrum* que l'on observe fréquemment lorsqu'il s'agit de gommes circonscrites.

OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Infiltration gommeuse irienne, 10 mois après le chancre. — Traitement spécifique intensif. — Gommes syphilitiques multiples (poumon, foie, rein). — Mort du sujet au quinzième mois de l'infection.

A. J..., 35 ans, a contracté la syphilis en juin 1905 à Moscou avec une chanteuse sibérienne.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Pas de maladies sérieuses dans ses antécédents personnels. Veuf et père de deux enfants bien portants.

Chancre dura un mois; 45 jours après : roséole, chute des cheveux, douleurs ostéocopes.

Cinq mois après le chancre, atteinte d'iritis à l'O. G., pour laquelle il consulta à Moscou; il suivit plusieurs traitements sans résultats. Son O. D. devient rouge à son tour. Désenchanté, il rentre en France et est admis à la Clinique de M. le Professeur Rollet, le 4 avril 1906.

A cette date : vives douleurs temporo-frontales gauches qui l'empêchent de dormir; baisse considérable de l'acuité visuelle du côté gauche; les mêmes symptômes, à peine ébauchés, existent à droite.

O. G. : Injection conjonctivale intense. chémosis, cercle périkératique. Descemetite. Dans la chambre antérieure il existe un liquide louche. Iris très décoloré, semé de petites hémorragies; il est irrégulier, ne réagit plus, ne se dilate pas par l'atropine. Température peu élevée. Fond d'œil inéclairable. V. = O. On songe à une iritis gommeuse diffuse.

O. D. : mêmes symptômes, moins accusés. V. = 1/30.

Traitement : collyre à l'atropine.

Dès le lendemain, 5 avril, le malade se plaint de douleurs très vives à l'O. G. Tension : + 2. On constate alors dans la chambre antérieure un hyphéma, ou plutôt on voit du sang plaqué contre la face postérieure de la cornée; ce sang affecte la forme d'un croissant de lune, mais à convexité dirigée en haut.

On abandonne l'atropine. Collyre à l'ésérine toutes les 3 heures.

Ventouses de Heurteloup. Traitement antisyphilitique (KI en potion, 3 gr. Frictions d'onguent napolitain, 4 gr.).

9 *Avril* : L'hypertension augmentant malgré l'ésérine, on pratique une paracenthèse de la chambre antérieure en haut.

13 *Avril* : Les douleurs ont momentanément cessé. Le sang de la chambre antérieure, disparu depuis le 9 avril, revient à nouveau. Trainées hémorragiques sur l'iris. L'œil est de plus en plus chémotique.

18 *Avril* : L'état de l'O. D. : Descemétite. Corps flottants dans le vitré. V. = 0. On fait une injection sous-conjonctivale de quelques gouttes de cyanure de mercure à 0,33 pour 1.000. L'œil n'est que peu douloureux.

21 *Avril* : Les douleurs augmentent de plus en plus. Le sang a disparu, mais on aperçoit, se dessinant sous le chémosis, une saillie staphylomateuse, en dehors et en bas. Le globe oculaire est repoussé en haut. On porte à ce moment le diagnostic de gomme du corps ciliaire et on institue un traitement intensif : Iodure, 10 gr., plus injections fessières de 3 centigr. de biiodure de Hg en solution aqueuse de Lafay.

22 *Avril* : La saillie staphylomateuse s'accroît de plus en plus. Les douleurs persistent quoique atténuées dans la région temporo-frontale gauche. 15 gr. d'iodure et 6 centigr. de biiodure. Le malade ne voit plus de l'O. D., mais celui-ci n'est pas douloureux. Tous les deux

jours, on alterne les instillations d'atropine et de scopolamine.

27 Avril : O. G. est toujours rouge, énorme, douloureux. On continue le même traitement.

2 Mai : On a été obligé d'arrêter les injections de biiodure : le malade a de la stomatite mercurielle. On continue l'iodure. L'O. G. est de plus en plus rouge, le chémosis augmente; l'œil semble sortir de l'orbite. L'O. D. a maintenant l'aspect de l'O. G. à la date du 5 avril. A son tour il présente de l'hyphéma : le sang est plaqué contre la membrane de Descemet.

7 Mai : Les douleurs augmentent : le globe gauche grossit encore. Enucléation.

9 Mai : Plaie opératoire guérie; à droite, saillie staphylomateuse en haut et à droite, correspondant à une gomme probable de la région équatoriale de la choroïde. Depuis le 23 avril, le malade a pris *pro die* 15 gr. de KI; la stomatite ayant disparu, on recommence les frictions mercurielles.

22 Mai : Injection sous-conjonctivale d'oxycyanure de Hg. L'état du malade s'aggrave progressivement.

9 Juin : Gros disque d'albumine dans les urines. Polyurie. Mercure et KI étant supprimés, on songe à une néphrite syphilitique.

9 Juillet : Le malade quitte le service, malgré l'état de son O. D. qui est gros, staphylomateux et très douloureux.

En août, il entre dans le service de médecine de M. le Professeur Roque, pour des phénomènes pulmonaires et de l'albuminurie. Il est cachectique, anémié, présente des hémoptysies répétées et offre le tableau clinique de la tuberculose pulmonaire. Après examen prolongé, on porte le diagnostic de syphilis du poumon. On lui fait un traitement intensif mercuriel et ioduré.

Le malade meurt le 14 septembre avec des hémoptysies assez abondantes,

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE de l'œil gauche, énucléé le 7 mai, a montré une infiltration diffuse prégommeuse de l'iris trop récente pour avoir déjà abouti à la caséification gommeuse avec pseudo-hypopyon, infiltration de la sclérotique, du corp ciliaire, de la choroïde, de la cornée. Le tissu d'infiltration était constitué uniquement par des petites cellules rondes disposées assez généralement sous forme d'îlots arrondis, séparés par des travées conjonctives et qui ont souvent pour centre un vaisseau; sur certaines coupes obliques, l'infiltration embryonnaire périvasculaire prend l'aspect d'un long fuseau. Ces vaisseaux eux-mêmes, ne présentent pas d'infiltration de leurs parois et pas de sclérose. Point de parties nécrobiosées donnant des masses enkystées plus ou moins granuleuses de la gomme. C'est donc une infiltration tout à fait récente, en pleine activité, n'ayant pas encore oblitéré des vaisseaux assez importants pour réaliser des blocs de nécrose véritablement gommeuse.

A L'AUTOPSIE : gommès du foie, du diaphragme, des reins et infiltration diffuse gommeuse du poumon rappelant la pneumonie caséuse. Au microscope, aucune formation tuberculeuse, mais infiltration énorme de cellules embryonnaires au niveau des formations gommeuses avec dégénérescence de la masse ainsi formée par oblitération vasculaire.

Recherche négative du *treponema pallidum*.

OBSERVATION III

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis syphilitique plastique avec hyphéma

Malade venue à la consultation pour une affection oculaire datant d'un mois et demi. L'œil droit est le premier atteint, puis le gauche quelques jours après.

On constate : à droite : Iritis légère avec quelques adhérences peu solides, cédant facilement à l'atropine,

A gauche : œil très rouge, avec cercle péricératique très marqué, douleurs ciliaires vives, vision nulle. Mais le fait le plus frappant, c'est la présence d'un exsudat hémorragique occupant toute la moitié du segment antérieur de l'œil. Il est difficile de dire d'une façon très précise si le sang siège dans la chambre antérieure ou dans les lames de la cornée. Cette hémorragie revêt le type de l'hyphéma, c'est-à-dire la forme d'un croissant à convexité inférieure et occupant le tiers inférieur de la cornée. L'iris se dilate mal à l'atropine. En outre, macules spécifiques sur le front, le cou; plaques muqueuses très nettes.

Traitement par injections de calomel : en un mois l'exsudat hémorragique disparaît de la chambre antérieure.

OBSERVATION IV

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Gomme circonscrite

A. B..., homme, 19 ans.

Entré à l'hôpital le 25 juillet 1920.

Le malade éprouve à l'O. G. une forte douleur, une cuisson, accompagnée de photophobie. Hypérémie intense dans la région périlimbique, synéchies à 3, 6 et 7 heures.

Cicatrice du chancre dans le sillon balano-préputial : chancre remontant au mois d'avril. Il y a deux mois, un pharmacien lui a prescrit des comprimés de biiodure. A eu une roséole et présente les plaques muqueuses buccales.

Le 27 juillet : Injection intraveineuse de 0 gr. 15 de néosalvarsan.

Le 2 août : Apparition d'une gomme irienne à 6 heures, par conséquent 4 mois après le chancre. L'examen au microscope cornéen montre : une petite synéchie à

5 heures; une deuxième petite synéchie à 7 heures; à 6 heures, au niveau du sphincter, on voit une gomme bilobée, dont une partie sur la portion interne du corps de l'iris, l'autre partie franchement sur le sphincter, empiétant sur l'aire pupillaire.

On continue le traitement néosalvarsan : 0,30 le 3 août; 0,45 le 10 août; 0,60 le 25 août, et au cyanure de mercure combinés.

Le 27 août : Disparition complète de la gomme qui a fait place à une synéchie; disparition des synéchies antérieurement observées.

Le malade sort le 28 août.

OBSERVATION V

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon

M. P..., 47 ans, entrée à l'hôpital le 26 avril 1904.

Mariée, fils de 21 ans bien portant; pas de fausse couche, bonne santé habituelle. Céphalées datant de novembre 1903, marquées la nuit. Surdité presque complète, ayant apparu à la même époque. Le 12 janvier 1904, entrée dans le service de M. le professeur Gailleton, à l'Antiquaille, où l'on note l'existence de plaques muqueuses sur toute la surface des grandes lèvres; de papules sur le nez et la lèvre supérieure; une ulcération de la narine gauche, des papules sur le tronc et les membres; des syphilides palmaires. L'œil droit est atteint vers le 7 avril; baisse de la vision, rougeur de la conjonctive.

26 Avril : La chambre antérieure est remplie jusqu'au bord supérieur de la pupille d'une masse jaunâtre qui semble en sortir : elle masque l'iris dans sa moitié inférieure. Dans le reste de son étendue, l'iris est terne, décoloré. Aucune réaction à la lumière ou à l'accomoda-

tion. Cercle périkératique. Atropine, KI : 4 grammes; onguent napolitain en frictions.

30 *Avril* : Amélioration visible, la pupille est moins encombrée, l'exsudat se résorbe, la vision revient un peu.

10 *Mai* : L'exsudat a complètement disparu, sauf dans la partie la plus inférieure de la chambre antérieure où il reste un peu flou. La pupille ne se dilate pas, elle est encombrée de fines membranes exsudatives. KI : 6 gr.

25 *Mai* : La pupille a la forme d'un cœur, une synéchie forme une encoche de chaque côté de laquelle le cercle sphinctérien s'écarte pour former deux pupilles.

6 *Juin* : Le tissu irien est toujours altéré en bas : V. = 1/4.

23 *Décembre* : La malade n'a plus souffert depuis sa sortie de l'hôpital et continue à instiller dans son œil deux gouttes de duboisine, deux fois par semaine.

Rien à la cornée.

Pupille légèrement irrégulière, réagissant à la lumière, sauf au niveau de la cicatrice irienne. Au centre de la pupille on note une plaque exsudative adhérente en haut à l'iris.

En dehors et un peu en bas (à 8 heures), il subsiste une petite adhérence de l'iris avec la capsule cristallinienne.

Au niveau de la cicatrice, le tissu irien paraît raréfié, atrophie. Il est blanchâtre, avec quelques dépôts de pigments tout autour.

La malade a une vision de 1/2 sans correction, qui peut être améliorée jusqu'à 2/3 par un verre sphérique de plus de 2 dioptries.

A l'œil gauche, presbytie corrigée par un verre sphérique de plus de 2 dioptries 50.

OBSERVATION VI

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis gommeuse à forme hémorragique

E. Z..., 27 ans, ouvrière d'usine, se présente à la consultation de la clinique, le 10 mai 1923, avec des phénomènes d'iritis à l'œil droit.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Personnellement, a présenté dans l'enfance, à 7 ans, une kératite bilatérale, de nature indéterminée, ayant nécessité une hospitalisation à l'Hôtel-Dieu. Cette kératite a laissé comme cicatrice deux leucomes à la cornée droite. Mariée, a eu deux grossesses dont un enfant bien portant et une fausse couche à 3 mois en 1918. Nie tout antécédent bacillaire ou spécifique. A présenté, il y a un an, une adénopathie cervicale gauche suppurée.

L'affection actuelle a débuté le 2 mai par de la rougeur de l'œil droit, du larmolement, une baisse rapide de l'acuité visuelle, en même temps que s'installait une hémicranie frontale droite, à forme névralgique et à exacerbations nocturnes.

La malade est hospitalisée le 14 mai. Examen à l'entrée :

O. D. Photophobie et larmolement marqués. Hyperémie conjonctivale, et cercle périkeratique violacé. Leucomes cornéens dans le quadrant inféro-externe. Hyphéma occupant la moitié inférieure de la chambre antérieure. Iris troublé, congestionné.

L'examen au Gullstrand le montre sillonné de gros capillaires dilatés et flexueux. Aucun processus gommeux n'est encore visible. La pupille, étroite, présente une synéchie en couronne; le champ pupillaire est encombré de nombreux exsudats d'un blanc sale. Hypotension et douleurs ciliaires.

Fond invisible : O. D V = Q

O. G. ; normal O G V = 2/3.

La malade est soumise à un traitement local et général (4 gr. de KI « pro die », puis Cy Hg intraveineux, et néosalvarsan).

Le 18 mai, même état local ; sous l'influence de l'atropine, hypertension du globe O. D. T. = 60 au Schiötz. On prescrit la pilocarpine.

Le 21 mai, l'aspect des lésions est le suivant : l'hyphéma occupe le quart inférieur de la chambre antérieure.

Dans l'angle irido-cornéen, entre 10 et 2 heures, se voient de gros grumeaux purulents, jaunâtres, plaqués contre la membrane de Descemet.

Un examen au Gullstrand montre qu'il y a à ce niveau un processus gommeux en voie d'ulcération. De longs filaments jaunâtres pendent dans la chambre antérieure sous l'effet de la pesanteur et réalisent l'image d'un pseudo-hypopyon gommeux à siège supérieur.

Le tissu irien est normal entre 3 et 6 heures. Tonus oculaire redevenu normal.

Un Wassermann pratiqué s'est montré très positif.

Le 28 mai. Sous l'influence du traitement, résorption totale de l'hyphéma et du pseudo-hypopyon. La pupille se dilate sous l'influence de l'atropine.

A ce jour, la vision est de 1/15. Il persiste le leucome ancien, sans aucune cicatrice irienne au niveau du processus gommeux.

Le 12 juillet, la malade revient dans le service O. D. V. = 1/8.

Conclusions

I. — Le *treponema pallidum*, tout comme le bacille de Koch, peut atteindre l'iris et y déterminer deux sortes de lésions :

1° Des lésions inflammatoires, résolutive, d'aspect banal.

2° Des lésions spécifiques, gommes syphilitiques, destructives.

II. — En se basant sur cette distinction, M. le Professeur Rollet classe les formes cliniques de la syphilis irienne de la façon suivante :

1° La syphilis inflammatoire, résolutive, accident dit secondaire, avec ses variétés :

a) Forme plastique surtout, très rarement forme séreuse;

b) Forme hémorragique.

2° La syphilis irienne destructive, scléro-gomme spécifique, accident dit tertiaire, se présentant sous trois formes :

a) Gomme circonscrite;

b) Pseudo-hypopyon gommeux;

c) Infiltration gommeuse diffuse.

III. — La syphilis de l'iris est une affection très fréquente dans ses formes résolutives, plastiques surtout; rare dans ses formes gommeuses, gomme circonscrite et pseudo-hypopyon; exceptionnelle quand il s'agit d'infiltration gommeuse diffuse.

IV. — L'iritis plastique, fréquemment précoce, apparaît dans plus de la moitié des cas au cours de la première année qui suit l'infection syphilitique. Les gommès sont en général plus tardives; mais dans certains cas, leur apparition peut être hâtive, réalisant ainsi un tertiarisme précoce.

V. — Le diagnostic de l'iritis plastique syphilitique repose sur la notion d'une spécificité avouée par le malade, la coexistence d'accidents secondaires tels que roséole ou plaques muqueuses, la positivité de la réaction de Wassermann.

Le diagnostic des lésions gommeuses de l'iris se fait assez facilement par l'aspect de la gomme, jaune d'or ou jaune brunâtre, avec vascularisation périphérique; il s'aidera de la connaissance des éléments qui précèdent et doit se faire principalement avec la tuberculose de l'iris.

VI. — Il importe de poser un diagnostic précoce, le pronostic étant lié à lui d'une façon intime.

Le pronostic visuel est bon, parfois excellent pour les iritis plastiques banales; il est plus réservé pour les gommès circonscrites, et extrêmement sombre pour l'infiltration gommeuse diffuse.

Le pronostic vital lui-même, est des plus réservés en ce qui concerne cette dernière forme qui peut être la manifestation d'une syphilis maligne ou galopante, rebelle au traitement.

VII. — Le traitement doit être institué le plus tôt possible et être intensif. On utilisera le cyanure de mercure, le novarsénobenzol en injections intraveineuses, le Bismuth en injections intramusculaires, et surtout l'iodure de potassium à hautes doses en ingestion.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ROLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Novembre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ALEXANDER. — Syphilis und auge. Wiesbaden, 1888, p. 53.
- ANDERSEN. — Un cas d'iritis papuleuse syphilitique bilatérale (*Annales d'Oculistique* 1914).
- ANTONELLI. — Syphilis et traumatismes oculaires. (*Annales d'Oculistique* 1910, p. 403).
- ARMAIGNAC. — Tumeur de la chambre antérieure ; iritis ; hypopyon (*Annales d'Oculistique* 1894, t. CXI, p. 298).
- AUBINEAU. — Difficultés du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis (*Société franç. d'Opht.* 1905, p. 247).
- BAQUIS ELIA. — Iritis gommeuse dans la période secondaire de la syphilis (*Annali di Ottalmologia* 1894).
- BARRAUD. — L'iritis syphilitique à forme hémorragique (*Thèse de Lyon* 1921).
- BROWN et IRONS. — Etiologie de l'iritis (*Clinique ophtal.* 1916, p. 636).
- CHARPENTIER. — Trois cas d'iritis syphilitique développés pendant ou immédiatement après un traitement par le novarsénobenzol (*Société d'Oph. de Paris*, 25 avril 1925).
- CHEVALLEREAU et CHAILLOUS. — Recherches sur l'Etiologie de l'iritis (*Congrès international d'ophtalmologie, Lucerne, 13-17 sept. 1904*).

- CLAPP. — Signification de la syphilis comme facteur étiologique de l'iritis (*American Journal of Opht.*, vol. IV n° 3, mars 1921, p. 194).
- DOR. — Le traitement de la syphilis oculaire (*Soc. franç. d'ophtal. Congrès de Paris*, 4 mai 1914).
- DROGNAT-LANDRÉ. — De l'iritis syphilitique (*Ann. d'ocul.* t. LXXIII, p. 251).
- DUTOIT. — Du rôle de la syphilis dans la Pathologie oculaire (*Clin. opht.* 1913, p. 62).
- FAGE. — Hémorragie dans le cours de l'iritis (*Clin. opht.* 10 et 25 sept. 1902).
- FRANCIS. — Classification des iritis et des iridocyclites (*J. Am. Med Ass* 1923, p. 1769).
- FOURNIER. — Des affections oculaires d'origine syphilitique (*Journ. d'Opht.* 1872).
- FUCHS. — Traité d'ophtalmologie, 1908, Paris.
- GRAEFE (DE) et COLBERG. — Iritis gommosa. (*Arch. f. ophthalm* 1861, VIII, p. 292).
- IGERSHEIMER. — Syphilis et Œil (*Von Graefes Archiv. f. opht.*, vol. LXXXIV, 18 fév. 1913).
- JACQUEAU et BUJADOUX. — Gomme de l'iris et dermite pigmentée dite variqueuse (*Soc. d'Opht. de Lyon*, 12 février 1924).
- KIPP. — Syphilitische Iritis mit gelatinösem exsudat (*Arch. f. Augen. und Ohrenheilk.* Bd III, p. 190).
- KOSTITCH (MIODRAG). — La Syphilis gommeuse de l'iris à apparition précoce (*Thèse de Lyon* 1922).
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil. Paris 1901, p. 827.
- LI (T. M) (Pékin). — Syphilome et iridocyclite syphilitique (*Annales d'Ocul.* 1925, p. 231).
- MILLET. — Etude clinique sur l'infiltration gommeuse syphilitique de l'œil (*Thèse de Lyon* 1907).
- MORAX. — Précis d'Ophtalmologie, p. 305, Paris.
- NITOT. — Des gommes de l'iris et du corps ciliaire (*Thèse de Paris*, 1880),

- NUEL. — Gomme irienne syphilitique (*Revue Gén. d'Opht.*, 1900, p. 314).
- POULARD. — Traité d'Ophtalmologie, 1923, p. 305, Paris.
- REGANATI. — Syphilomes multiples de l'œil (*Annali di Ottalm.*, janvier 1925).
- ROLLET (E.). — Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon (*Revue Gén. d'Opht.*, 1904, xxiii, p. 433).
- Formes cliniques de la syphilis gommeuse de l'iris (*Arch. d'Opht.*, mai 1908).
- ROLLET ET COLRAT. — Iritis syphilitique bilatérale (*Soc. d'Opht. de Lyon*, 11 janvier 1927).
- Tuberculose de l'œil et de ses annexes. Doïn, Paris, 1927, p. 85.
- ROLLET ET GRANDCLÉMENT. — Iritis syphilitique et descémétite hémorragique (*Soc. d'Opht. de Lyon*, février 1910).
- ROLLET ET ROSNOBLET. — Iritis gommeuse à forme hémorragique (*Lyon Méd.*, 1923, p. 889).
- ROQUE ET JAMBON. — Un cas de syphilis tertiaire maligne à déterminations gommeuses multiples (*Lyon Méd.*, 14 avril 1907).
- SAYER. — La forme hémorragique de la Syphilis gommeuse de l'iris (*Thèse de Lyon*, 1923).
- SCHIECK. — Uber iritis serosa (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1919, n° 25).
- TEILLAIS. — Iritis hémorragique (*Annales d'Ocul.*, t. cxi, p. 432).
- TERRIEN. — *Syphilis de l'œil et de ses annexes*. Paris, 1895.
- TROUSSEAU. — Valeur pronostique de l'iritis syphilitique. (*Annales d'Ocul.*, 1900, t. cxxiii, p. 358).
- TURCAN. — Contribution à l'étude des gommages syphilitiques de l'iris (*Thèse de Lyon*, 1905).
- VACHER. — Syphilis tertiaire avec accidents oculaires graves (*Annales d'Ocul.*, 1899, t. cxxi, p. 40).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
<i>Chapitre premier.</i> — Historique	9
<i>Chapitre II.</i> — Etiologie et Considérations générales	11
<i>Chapitre III.</i> — Formes anatomo-cliniques et Symptomatologie	17
<i>Chapitre IV.</i> — Diagnostic	29
<i>Chapitre V.</i> — Pronostic	33
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	35
Observations	39
Conclusions	53
Bibliographie ..	57
